Régime général 2013

Exigez le meilleur pour garantir l'essentiel... votre santé

Santé-FO

Pour les adhérents FO

Avec FO, profitez d'une protection maximale avec des prestations et des services sur mesure

www.sante-fo.fr

FO la force syndicale

AG2R LA MONDIALE

MACIF

SOMMAIRE

Ce document est une plaquette d'information n'ayant pas de valeur contractuelle. Vous recevrez une notice d'information, garante des clauses du contrat, après votre adhésion au régime de frais de santé «FO-santé».

LE MOT DE FO… 4

AG2R-MACIF PRÉVOYANCE 5

POUR VOUS 6

LES GARANTIES DU CONTRAT 7

CONSEILS PRATIQUES POUR PRENDRE SOIN DE VOTRE SANTÉ 11

REMBOURSEMENT : MODE D'EMPLOI 14

LE TIERS PAYANT 19

QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ? 24

LES SERVICES EN 1 CLIC 26

SERVICES + 27

LEXIQUE 30

LE MOT DE FO...

Santé-FO offre une couverture santé de qualité à celles et à ceux qui ne disposent pas d'une mutuelle santé (entreprise ou branche) ou qui ne sont pas entièrement satisfaits de leur contrat individuel actuel (tarif, garanties, services...).
Santé-FO ne tient compte ni de l'âge ni de l'état de santé, dans un objectif de solidarité, et vous offre, à vous et votre famille, des prestations immédiates et très complètes.

Outre l'accès au tiers payant Terciane qui vous permet d'éviter l'avance de frais, Santé-FO inclut de nombreux services, comme la géolocalisation des professionnels de santé pratiquant le tiers payant (pharmaciens, opticiens, dentistes, laboratoires, infirmiers...), le suivi de vos remboursements en ligne et en temps réel, la maîtrise de votre budget santé optique et dentaire (réseau de praticiens et analyse de devis), une assistance en cas d'immobilisation à domicile et l'accès au service « Primadom pour FO », un service téléphonique dédié pour vous accompagner dans vos démarches de la vie quotidienne (services à la personne, démarches administratives, préparation à la retraite, recherche de logement...).

Toutes ces informations sont disponibles sur le site www.sante-fo.fr. Vous pourrez y télécharger les documents pour adhérer à cette offre sur mesure.
Vous pouvez également appeler notre plate-forme d'accompagnement où nos conseillers vous renseigneront sur les démarches pour souscrire à Santé-FO et sur toute question liée à la vie de votre contrat.

Santé-FO est un contrat souscrit par la Confédération avec son partenaire AG2R-MACIF Prévoyance. Ce pilotage paritaire est le garant de décisions concertées sur les prestations et le tarif du contrat au bénéfice des assurés.

Ce régime à adhésion facultative, donc non obligatoire, est accessible par tout adhérent entrant dans le champ d'application des statuts confédéraux de FO.

FO est un acteur historiquement très impliqué dans le développement de la protection sociale. Notre organisation se devait de mettre en place pour ses adhérents un produit santé qui offre une vraie solidarité et une vraie mutualisation. C'est aujourd'hui chose faite avec Santé-FO !

Jean-Claude Mailly
Secrétaire général FO

FO la force syndicale

AG2R-MACIF PRÉVOYANCE : L'ALLIANCE DE 2 LEADERS COMPLÉMENTAIRES

Les Groupes MACIF et AG2R LA MONDIALE ont fait le choix d'un partenariat en assurances collectives Santé et Prévoyance.
La raison d'être de ce partenariat est de conjuguer les connaissances, l'expertise et la performance des deux groupes pour accompagner les entreprises et les associations, quelle que soit leur taille, dans la mise en place de solutions de protection sociale complètes et de qualité.

« *En mettant leurs compétences et leurs notoriétés respectives au service des branches professionnelles, nos deux Groupes contribueront au développement de la protection sociale complémentaire des salariés et amélioreront leur offre de services.* »

Marcel Lericolais
Vice-président d'AG2R-MACIF Prévoyance

« *Ce partenariat traduit une volonté réaffirmée de développer nos activités santé et prévoyance collectives. MACIF est ainsi présente tant sur le marché individuel que sur le marché collectif aux côtés d'une entreprise compétente et reconnue.* »

Alain Petitjean
Président d'AG2R-MACIF Prévoyance
Vice-Président du groupe Macif

AG2R LA MONDIALE

MACIF

POUR VOUS

Un site dédié : www.sante-fo.fr

Ce site vous permet d'accéder à toute l'information en matière de prestations
et de services associés au contrat complémentaire de frais de santé.
Vous pourrez y télécharger tous les supports pour adhérer à cette offre sur mesure.

Un service client à votre écoute :

Une plate-forme de conseils et d'accompagnement pour votre contrat santé

0970 82 33 50

(appel non surtaxé)

LES GARANTIES DU CONTRAT

1- Comment lire vos garanties ?

Les sigles

- BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
- FR : Frais réels
- TM : Ticket modérateur = différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le Montant remboursé par la Sécurité sociale
- PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (3 086 € au 01/01/2013)
- SS : Sécurité sociale
- MR : Montant remboursé

Les pourcentages de BR (ex : « 100 % BR », « 200 % BR »...)

Votre contrat santé vous rembourse sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. La Base de remboursement est un tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
Ainsi, quelles que soient vos dépenses, la Sécurité sociale et votre complémentaire vous remboursent sur la base de ce tarif, et non sur vos dépenses réelles.
Selon le type de consultation, d'acte, de produit, ou de prestation médicale, la Sécurité sociale vous rembourse entre 80 % et 60 %, et votre contrat santé le complément. Pour les consultations, il faut soustraire 1 € de participation forfaitaire, qui ne peut être pris en charge ni par la Sécurité sociale, ni par votre complémentaire dans le cadre du contrat responsable.

Les remboursements forfaitaires

Pour certaines prestations, votre tableau de garanties indique des montants forfaitaires annuels en euros ou exprimés en pourcentage de PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale). Dans ces cas, le calcul de remboursement s'effectue de la manière suivante :

- Pour une dépense santé, la Sécurité sociale vous rembourse une somme appelée le MRSS (montant remboursé par la Ss),
- Votre contrat santé la complète jusqu'à hauteur de la somme garantie, dans la limite des frais engagés.

Si la dépense est inférieure à la somme garantie ajoutée au MR, vous serez intégralement remboursé et il vous restera une partie de ce crédit annuel qui pourra être utilisé pour le remboursement de vos nouvelles dépenses.

2- Les garanties de votre contrat

Prestations y compris Sécurité sociale, limitées aux frais engagés

NATURE DES FRAIS	GARANTIES
Frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité[1]	
Frais de séjour	Secteur conventionné ou non : 100 % BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie Autres honoraires	Secteur conventionné ou non : 180 % BR
Forfait hospitalier journalier	100 % du Forfait en vigueur
Chambre particulière Frais d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans	6 % PMSS par jour (soit 185,16 € en 2013)
Transports en ambulance acceptés par la SS	100 % BR
Actes médicaux	
Généralistes (consultations et visites)	Secteur conventionné ou non : 150 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	Secteur conventionné ou non : 180 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques (ATM)	Secteur conventionné ou non : 180 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Secteur conventionné ou non : 180 % BR
Auxiliaires médicaux	Secteur conventionné ou non : 150 % BR
Analyses	Secteur conventionné ou non : 150 % BR
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 % BR
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR
Dentaire	
Soins dentaires	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	300 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	300 % BR reconstituée
Orthodontie acceptée par la SS	250 % BR
Orthodontie refusée par la SS	250 % BR reconstituée
Inlay simple onlay	300 % BR
Inlay core onlay à clavette	300 % BR
Autres prothèses et orthopédie	
Prothèses auditives acceptées par la SS	180 % BR
Orthopédie et autres prothèses acceptées par la SS	180 % BR

Optique	
Monture Verres Lentilles acceptées par la SS Lentilles refusées par la SS	Adulte : MRSS + Crédit annuel de 12 % du PMSS (soit Crédit annuel de 370,32 € en 2013) Enfant : MRSS + Crédit annuel de 7 % du PMSS (soit Crédit annuel de 216,02 € en 2013)
Chirurgie Myopie	Forfait annuel de 10 % du PMSS par oeil (soit 308,60 € en 2013)
Maternité/adoption	
Forfait par enfant déclaré	9 % PMSS par enfant (soit 277,74 € en 2013)
Cure thermale (acceptée par la SS)	
Frais de traitement et honoraires Frais de voyage et hébergement	10 % PMSS (soit 308,60 € en 2013)
Médecine douce	
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture (par an et par bénéficiaire, limité à 3 séances / an / bénéficiaire)	1 % PMSS / séance (soit 30,86 € par séance en 2013)
Densitométrie osseuse	Crédit annuel par bénéficiaire : 50 €
Actes de prévention	
Détartrage annuel sus et sous gingival effectué en 2 séances maximum	100 % des FR dans la limite de 100 % BR
Vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite	100 % des FR dans la limite de 100 % BR
Assistance Prima Assistance	INCLUSE
Primadom pour FO	INCLUS

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR = Frais Réels

TM : Ticket Modérateur = différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le Montant Remboursé par la SS

PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité sociale (3 086 € au 01/01/2013)

MRSS : Montant Remboursé par la Sécurité sociale

(1) La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de la Sécurité sociale.

3- Les cotisations 2013 sont les suivantes (y compris CMU et Taxe TSCA à 7%) :

- 1 bénéficiaire : 1,25 % du PMSS* (38,58 € / mois en 2013)
- 2 bénéficiaires : 2,23 % du PMSS* (68,82 € / mois en 2013)
- 3 bénéficiaires et plus : 2,77 % du PMSS* (85,48 € /mois en 2013)

* PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 086 € en 2013)
Les cotisations du contrat, qui sont exprimées en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), évoluent en fonction de l'augmentation du PMSS. Elles peuvent, de même, être indexées en fonction de la législation et des conditions contractuelles.

4-Sont assurées* au titre du présent contrat les personnes suivantes qui s'affilient de manière facultative pour eux-mêmes et les bénéficiaires ci-après définis.

Sont bénéficiaires des garanties du contrat sous réserve du paiement de la cotisation :

- Vous-même, adhérent FO et assuré social, dénommé « Adhérent »
- Votre conjoint (adhérent FO ou non, salarié ou non),
- Votre concubin au sens de l'article 515-8 du code civil (adhérent FO ou non, salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec vous,
- Les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou de votre conjoint ou de votre concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale,
- Les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale, quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus imposables.
- Toute personne à votre charge, au sens des assurances sociales.

Les personnes visées ci-dessus, qui n'ont pas été rattachées au présent contrat lorsque vous y avez adhéré, pourront être rattachées postérieurement au 1er janvier ou au 1er juillet de chaque année.

(*) hors Île de La Réunion et Monaco

CONSEILS PRATIQUES POUR PRENDRE SOIN DE VOTRE SANTÉ

1- Le parcours de soins

Qu'est-ce que le parcours de soins ?

Le parcours de soins est un circuit que vous devez respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé, et être remboursé normalement. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans. Vous êtes considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés si :

- Vous avez déclaré votre médecin traitant auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- Vous consultez votre médecin traitant ou son remplaçant en première intention,
- Vous consultez un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de votre médecin traitant.

Qui est le médecin traitant ?

Le médecin traitant orchestre le parcours de soins afin de permettre une coordination plus efficace entre les différents acteurs. À sa demande, vous consultez un médecin correspondant (généralement spécialiste, mais il peut être généraliste), soit pour un avis ponctuel d'expert, soit pour des soins réguliers. Celui-ci tient informé votre médecin traitant de son diagnostic.

Qu'est ce qu'un médecin correspondant ?

Votre médecin traitant peut vous orienter vers un autre médecin. Ce dernier est alors appelé « médecin correspondant ». Deux situations peuvent se présenter. Votre médecin traitant vous oriente soit :

- Vers un autre médecin pour des soins réguliers (exemple : un cardiologue), on parle alors de suivi régulier,
- Vers un spécialiste pour un avis ponctuel.

Ayez le bon réflexe !

Les spécialistes que l'on peut consulter sans passer par son médecin traitant :

- Un gynécologue, un ophtalmologue ou un stomatologue pour les actes respectifs de prévention ou de suivi, tels que : contraception, renouvellement de lunettes, soins bucco-dentaires et chirurgicaux, etc.
- Les psychiatres et neuropsychiatres sont en accès direct pour les 16-25 ans.
- Les chirurgiens-dentistes sont en accès direct, n'étant pas concernés par le système du médecin traitant.

Quelle est la différence entre un médecin en secteur 1 et un médecin en secteur 2 ?

- **Secteur 1**

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » : il applique un tarif fixe, dit « conventionnel ».

Exemple (au 01/01/2013) : 23 € chez le généraliste. Pour le spécialiste, deux cas de figure : adressé par votre médecin traitant vous payez 28 €. Hors du parcours de soins coordonnés, il pourra vous demander jusqu'à 33 € pour une consultation.

• Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné, honoraires libres » : il fixe lui-même ses tarifs, en ajoutant un dépassement d'honoraires au tarif conventionnel. La Sécurité sociale rembourse l'assuré sur la base du secteur 1.

Comment choisir et déclarer son médecin traitant ?

Vous avez le libre choix de votre médecin traitant. Il peut être votre médecin de famille ou un autre médecin, généraliste ou spécialiste, conventionné ou non. L'essentiel étant de privilégier le médecin qui vous connaît le mieux.
Une fois que vous avez choisi votre médecin traitant, remplissez avec lui le formulaire de « Déclaration de choix du médecin traitant » (formulaire n°S3704). Envoyez ensuite ce formulaire à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Vous pouvez télécharger le formulaire sur le site internet de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr

Que se passe-t-il lorsque je suis orienté vers un médecin en secteur 2 ?

Dans le cadre du parcours de soins, l'option de coordination permet d'assurer l'engagement du médecin exerçant en secteur 2, à honoraires libres, de pratiquer les tarifs conventionnels (ceux du secteur 1) quand vous lui êtes adressé par votre médecin traitant.

Que se passe-t-il lorsque je tombe malade loin de chez moi ?

Le système du médecin traitant prévoit que dans les cas d'urgence, ou si vous êtes en vacances, il sera possible de consulter un autre médecin, sans pénalité. Même chose si c'est votre médecin qui est en vacances.

Que se passe-t-il si je suis hors parcours de soins ?

Vous êtes hors du parcours de soins coordonnés si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté par celui-ci. Vous serez moins remboursé par l'Assurance Maladie (30 % de la base de remboursement au lieu de 70 % dans le cadre d'un parcours de soins).

2- Le contrat complémentaire santé responsable

Qu'est ce qu'un contrat responsable ?

Dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie de 2004, les contrats complémentaires santé responsables ont été instaurés pour accompagner le dispositif du parcours de soins. L'objectif est de « responsabiliser » les patients et leur complémentaire santé.
Ce présent contrat est un contrat responsable.
Un contrat responsable doit respecter un certain nombre de conditions :

- Il ne peut pas compenser la baisse de remboursement de 40 % hors parcours de soins.
- Il ne peut pas rembourser les 8 premiers euros de dépassements d'honoraires du médecin consulté sans orientation préalable du médecin traitant.

- Il ne prend pas en charge la participation forfaitaire de 1 € sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses (depuis le 1er janvier 2005, cette somme à la charge des assurés, est déduite des remboursements de l'Assurance Maladie).
- Il ne prend pas en charge la franchise (depuis le 1er janvier 2008) de :
  - 0,50 € par boîte de médicaments (à l'exception des médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation).
  - 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical.
  - 2 € par transport sanitaire.

Les prises en charge d'un contrat responsable

En contrepartie les contrats responsables assurent des bénéfices pour ses adhérents : ils garantissent un bon niveau de remboursement complémentaire sur des prestations importantes : consultations du médecin traitant ou correspondant, médicaments à vignette blanche, biologie et analyses médicales.
Les contrats responsables des complémentaires santé comprennent également la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention santé.

REMBOURSEMENT : MODE D'EMPLOI

1- Que faire si...

J'ai reçu mon décompte de la Sécurité sociale. Dois-je l'envoyer à AG2R-MACIF Prévoyance ?

Non : Lorsque votre décompte comporte un message vous indiquant que le dossier a été télétransmis.
Oui : Lorsque aucun message ne figure sur votre décompte.

J'ai déjà payé les soins. Dois-je envoyer ma facture à AG2R-MACIF Prévoyance ?

(Frais de santé remboursés par l'Assurance Maladie) :

Hôpital

Oui : Pour des soins en établissement public, vous devez nous envoyer la facture originale acquittée ou l'avis des sommes à payer, ainsi que l'attestation de paiement remise par la Trésorerie.
Pour les soins en clinique privée, vous devez nous envoyer l'exemplaire original du bordereau de facturation « destiné à l'assurance maladie complémentaire » en même temps que les factures de dépassements d'honoraires éventuels remises par les praticiens.

Médecin, kinésithérapeute, infirmier, laboratoire, etc.

Non : Lorsque vous avez payé la totalité de la facture ou si vous bénéficiez du tiers-payant. Notre remboursement interviendra sur information de votre régime de base.
Oui : Si vous n'avez payé que la part complémentaire et que votre contrat ne prévoit pas le tiers-payant.

Opticien ou chirurgien-dentiste

Non : Mais éventuellement, si nous avons besoin de la facture, nous vous la demanderons.

Lentilles

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée ainsi qu'une copie de la prescription médicale (gardez l'original pour le renouvellement de vos lentilles). La prescription doit dater de moins de 12 mois pour un premier remboursement.

Orthodontie refusée

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée à la fin de chaque phase de traitement. Elle doit comporter le n° du semestre concerné, les dates de début et de fin du semestre et la cotation Sécurité sociale.

Actes dentaires

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée.

Médecines douces

Oui : Adressez-nous la facture originale acquittée par le praticien qui, s'il n'est pas médecin ou kinésithérapeute, doit appartenir à un syndicat ou une association de professionnels agréés dans la spécialité concernée (ostéopathie, chiropractie, diététique).

Maternité

Adressez-nous un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille précisant la filiation, afin de bénéficier de la gratuité des cotisations pour votre nouveau-né.

2- Exemples de remboursements :

VOUS SUIVEZ LE PARCOURS DE SOINS ET VOUS CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Dans les exemples ci-dessous, la participation forfaitaire de 1 € qui est à la charge de chaque assuré est déduite du montant des remboursements de la Sécurité sociale (Ss).
Par exemple, dans le cadre du parcours de soins, le taux de remboursement de la Ss est de 70 %.
Par conséquent, le calcul est = 70 % x 23 € = 16,10 € - 1 € = 15,10 €

Généraliste

Votre médecin exerce en Secteur 1
Coût de la consultation : 23,00 €
Base de remboursement Ss (BR) : 23,00 €
Taux de remboursement de la Sécurité sociale : 70 % BR
Participation forfaitaire au titre d'un contrat responsable : 1 €

Exemple

Consultation		**23,00 €**
Remboursement de la Sécurité sociale	70 % du BR = 23 x 70 % = 16,1 € -1 €* = 15,10 €	15,10 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	150 % BR**	6,90 €

Total remboursé : 22,00 €
Reste à votre charge 1,00 € (y compris la participation forfaitaire de 1€ au titre des contrats responsables)

* Participation forfaitaire au titre du contrat responsable
** Dans la limite des frais engagés (y compris SS)
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2013. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

Généraliste

Votre médecin exerce en Secteur 2, honoraires libres
Coût de la consultation : 40,00 €
Base de remboursement Ss (BR) : 23,00 €
Taux de remboursement de la Sécurité sociale : 70 % BR
Participation forfaitaire au titre d'un contrat responsable : 1 €

Exemple

Consultation		**40,00 €**
Remboursement de la Sécurité sociale	70 % du BR = 23 x 70 % = 16,1€ -1 €* = 15,10 €	15,10 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	150 % BR**	18,40 €

Total remboursé : 33,50 €

Reste à votre charge 6,50 € (y compris la participation forfaitaire de 1 € au titre des contrats responsables)

* Participation forfaitaire au titre du contrat responsable ** Dans la limite des frais engagés (y compris Ss)
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2013. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

VOUS CONSULTEZ UN SPÉCIALISTE

Dermatologue

Coût de la consultation : 50,00 €

Base de remboursement Ss (BR) : 23, 00 €

Taux de remboursement de la Sécurité Sociale : 70 % BR

Exemple

Consultation		**50,00 €**
Remboursement de la Sécurité sociale	70 % du BR = 23 x 70 % = 16,10 € -1 €* = 15,10 €	15,10 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	180 % BR**	25,30 €

Total remboursé : 40,40 €

Reste à votre charge 9,60 € (y compris la participation forfaitaire de 1 € au titre des contrats responsables)

* Participation forfaitaire au titre du contrat responsable ** Dans la limite des frais engagés (y compris Ss)
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2013. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

AUTRES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Dentiste

Pose d'une couronne remboursée par la Sécurité sociale

Coût de la couronne : 450,00 €

Base de Remboursement Ss (BR) d'une couronne (SPR50) : 107,50 €

Remboursement de la Sécurité sociale : 75,25 €

Exemple

Coût couronne		**450,00 €**
Remboursement de la Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	300 % BR** – Rbt SS = 322,50 € – 75,25 € = 247,25 €	247,25 €

Total remboursé : 322,50 €

Reste à votre charge 450 €-(75,25 € + 247,25 €) = 127,50 €

** Dans la limite des frais engagés (y compris Ss)
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2013. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

Dentiste

Traitement d'une carie par une obturation 2 faces
Coût du traitement : 28,92 €
Honoraires (opposables, sans dépassement possible)
Base de Remboursement Sécurité sociale 28,92 €

Exemple

Coût consultation		**28,92 €**
Remboursement de la Sécurité sociale	= 28,92 x 70 % = 20,24 €	20,24 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	200 % BR** – 70 % BR = 8,68 €	8,68 €

Total remboursé : 28,92 €
Reste à votre charge 0 €

** Dans la limite des frais engagés (y compris Ss)
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2013. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

Opticien

Paire de lunettes avec des verres simples (myope, hypermétrope, astigmate par exemple).
Coût de la paire de lunettes : 350,00 € (coût verres : 250,00 € et coût monture : 100,00 €)
Base de remboursement Sécurité sociale d'une monture adulte : 2,84 €
Base de remboursement Sécurité sociale de verres simples (faibles corrections +/- 6 dioptries) : 4,58 €

Exemple

Coûts		**350,00 €**
Remboursement de la Sécurité sociale	1,70 € pour la monture (2,84 x 60 % = 1,70 €) 2,75 € pour les verres (4,58 € x 60 % = 2,75 €)	4,45 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	Adulte : Crédit annuel de 12 % du PMSS (370,32 €***)	345,55 €

Total remboursé : 350 €
Votre paire de lunettes est intégralement prise en charge

*** Dans la limite des frais engagés
BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2013. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

Paire de lunettes avec des verres progressifs.
Coût de la paire de lunettes : 500,00 € (coût verres : 400,00 € et coût monture : 100,00 €)
Remboursement de la Sécurité sociale : Base de remboursement d'une monture adulte : 2,84 €
Base de remboursement de verres progressifs (faibles corrections +/- 4 diop.) : 14,64 €

Exemple

Coûts		500,00 €
Remboursement de la Sécurité sociale	1,70 € pour la monture (2,84 x 60 % = 1,70 €) 8,78 € pour les verres (14,64 x 60 % = 8,78 €)	10,48 €
Remboursement de la Complémentaire Santé	Adulte : Crédit annuel de 12 % du PMSS (370,32 €***)	370,32 €

Total remboursé : 380,80 €
Reste à votre charge 119,2 €

*** Dans la limite des frais engagés
BR : Base de remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
Exemples non exhaustifs élaborés au regard de la législation et de la réglementation au 01/01/2013. Ces tarifs peuvent être modifiés et remettre en cause les éléments présents dans ce document.

3- Les modes de paiement

Mode de paiement	Edition et envoi des décomptes	Déclenchement du paiement
Virement	Inférieur à 7,62 euros • 30 jours ou lors du paiement du dossier suivant Supérieur à 7,62 euros • immédiat	Immédiat
Chèque	Inférieur à 7,62 euros • 30 jours ou lors du paiement du dossier suivant Supérieur à 7,62 euros • immédiat	En même temps que le décompte
Virement ou chèque inférieur à 1,52 euros	Regroupement avec le dossier suivant	Regroupement avec le dossier suivant

LE TIERS PAYANT

Dans le cadre de votre contrat, AG2R-MACIF Prévoyance met à votre disposition la carte Terciane qui vous permet de bénéficier gratuitement du tiers payant auprès de professionnels de santé tels que les établissements hospitaliers conventionnés, les pharmacies, les radiologues, les laboratoires d'analyses... Votre carte Terciane est strictement personnelle et atteste de votre adhésion au contrat.

1- Qu'est ce que le tiers payant ?

Le tiers payant vous permet d'éviter l'avance de frais, particulièrement pour les dépenses courantes ou certaines dépenses élevées, notamment l'hospitalisation, l'optique et le dentaire.

2- Comment fonctionne le tiers payant ?

Chez le pharmacien

Pour bénéficier du tiers payant sur les frais engagés, présentez à votre pharmacien :

- la carte Vitale ou son attestation qui permet la prise en charge de frais concernant le régime de base de la Sécurité sociale,
- la carte Terciane qui permet la prise en charge du Ticket Modérateur (TM).

Le tiers payant est possible avec toutes les pharmacies de l'ensemble des départements français. Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers-payant Terciane, connectez-vous sur votre espace client.

Chez les autres professionnels de la santé

Des accords ont été signés avec d'autres professionnels de santé tels que les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues, les ambulanciers, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes... Pour en bénéficier, présenter à ces professionnels de santé votre carte Vitale et votre carte Terciane.

À l'hôpital

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R-MACIF Prévoyance délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux normalement laissés à votre charge (forfait hospitalier 18 €/jour).

L'établissement hospitalier ou vous-même devrez fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée prévue :

- N° de Sécurité sociale de l'assuré principal.
- Nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- N° de Sécurité sociale du bénéficiaire des soins (s'il est différent de celui de l'assuré principal).
- Date exacte d'entrée.
- Adresse ou fax de l'établissement.

Pour tous les soins externes réalisés dans la plupart des centres hospitaliers, le tiers payant sera accordé sur simple présentation de la carte Terciane.

Chez l'opticien
Vous présentez votre carte Terciane à l'opticien qui s'adresse directement au centre de gestion AG2R-MACIF Prévoyance pour obtenir la prise en charge optique. AG2R-MACIF Prévoyance règle l'opticien de la part complémentaire. Vous avancez la part Sécurité sociale et réglez la part restante éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 10 000 opticiens, dont 3 000 opticiens partenaires.

Notre service Transparence optique : Estimation de vos remboursements
Avant l'achat d'une paire de lunettes ou de lentilles, vous avez la possibilité d'adresser par courrier ou par fax un devis optique à votre centre de gestion.
Un devis optique est disponible en téléchargement sur votre espace client. Vous recevrez en retour un document vous indiquant précisément le montant du remboursement du régime de base, d'AG2R-MACIF Prévoyance et de votre reste à charge éventuel.

Chez le dentiste
Si votre chirurgien-dentiste accepte de pratiquer le tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie, il doit alors effectuer une demande de prise en charge auprès de Terciane. N'hésitez pas à lui demander s'il pratique ce service.

Notre service Transparence dentaire : Estimation de vos remboursements
Avant tout engagement, il est conseillé de demander un devis détaillé à votre praticien.
Un devis dentaire est disponible en téléchargement sur votre espace client. Vous adressez à votre centre de gestion le devis complété, pour connaître le montant du remboursement et de votre reste à charge.
Vous pouvez également faire votre demande directement en ligne et connaître le montant de vos remboursements plus rapidement.

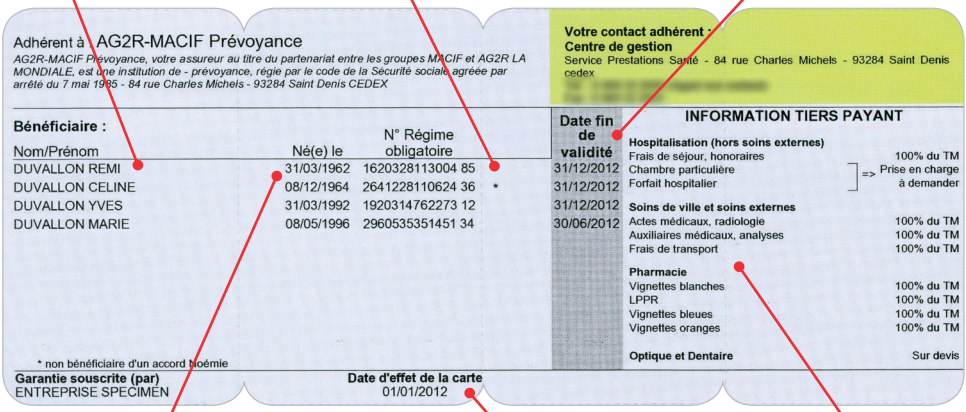
3-Comment lire votre carte Terciane ?

Services réservés aux adhérents
Une question sur votre dossier ou votre complémentaire santé ?
Contactez-nous à l'adresse ou aux numéros indiqués au verso
Services réservés aux professionnels de santé
Téléphone
du lundi au samedi, de 8 h à 19 h, toute l'année, sauf jours fériés légaux.
Fax
Code télétransmission 75 80 94 26
Terciane
opérateur tiers-payant de complémentaires santé
Accès aux services en ligne : www.terciane.com
• consultation des décomptes
• prises en charge hospitalisation, optique et dentaire
• ouverture des droits adhérents
Terciane
Santé, simplicité, fiabilité
CARTE TIERS-PAYANT
CARTE TIERS-PAYANT

Nom et prénom des assurés

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale (à rappeler lors de toute correspondance avec votre mutuelle)

Date de fin de validité de vos droits


Adhérent à : AG2R-MACIF Prévoyance
AG2R-MACIF Prévoyance, votre assureur au titre du partenariat entre les groupes MACIF et AG2R LA MONDIALE, est une institution de - prévoyance, régie par le code de la Sécurité sociale, agréée par arrêté du 7 mai 1985 - 84 rue Charles Michels - 93284 Saint Denis CEDEX
Votre contact adhérent :
Centre de gestion
Service Prestations Santé - 84 rue Charles Michels - 93284 Saint Denis cedex
Bénéficiaire :
Nom/Prénom
Né(e) le
N° Régime obligatoire
DUVALLON REMI 31/03/1962 1620328113004 85
DUVALLON CELINE 08/12/1964 2641228110624 36 *
DUVALLON YVES 31/03/1992 1920314762273 12
DUVALLON MARIE 08/05/1996 2960535351451 34
* non bénéficiaire d'un accord Noémie
Date fin de validité
31/12/2012
31/12/2012
31/12/2012
30/06/2012
INFORMATION TIERS PAYANT
Hospitalisation (hors soins externes)
Frais de séjour, honoraires 100% du TM
Chambre particulière
Forfait hospitalier
=> Prise en charge à demander
Soins de ville et soins externes
Actes médicaux, radiologie 100% du TM
Auxiliaires médicaux, analyses 100% du TM
Frais de transport 100% du TM
Pharmacie
Vignettes blanches 100% du TM
LPPR 100% du TM
Vignettes bleues 100% du TM
Vignettes oranges 100% du TM
Optique et Dentaire Sur devis
Garantie souscrite (par)
ENTREPRISE SPECIMEN
Date d'effet de la carte
01/01/2012

Date de naissance des assurés. Vérifiez que celle-ci soit identique à celle mentionnée sur votre carte Vitale. Si ce n'est pas le cas, adressez-nous une photocopie de l'attestation de votre carte Vitale.

Date de début de validité

Prestations ouvertes au tiers payant

4-Vos décomptes en ligne

L'assuré a accès à ses décomptes liquidés et ayant fait l'objet d'un ordre de paiement sur www.masanteterciane.fr. Ils sont classés par mois et concernent les 13 derniers mois. Un décompte sous format PDF vous est envoyé directement dans votre boîte email (service gratuit).

ma Santé terciane
TERCIANE
Mode d'emploi
La carte Terciane
Comment l'utiliser
VOTRE COMPTE EN LIGNE
S'inscrire
Suivre ses remboursements en ligne
Recevoir ses décomptes par e-mail
Trouver un professionnel de santé Terciane
Prise en charge hospitalisation
Estimation de remboursement dentaire
Connaître les coûts de traitement dentaires
Connaître les médicaments sous conditionnement trimestriel
Choisir un service de chirurgie ou de médecine au sein d'un établissement hospitalier
Modifier vos coordonnées
Changer le mot de passe
Se désinscrire
SERVICE TRANSPARENCE OPTIQUE ET DENTAIRE
Optique
Dentaire
PRISES EN CHARGE
Que faire en cas d'hospitalisation
CONTACTS
Votre centre de gestion
INFORMATIONS ET LIENS UTILES
Ma santé Terciane vous propose également :
Une aide à la complémentaire Santé (PDF - 988 Ko)
Des conseils prévention santé, accéder aux services de l'assurance-maladie (coordonnées et tarifs des professionnels de santé), être conseillé sur les pathologies courantes des adultes et des enfants, mesurer sa santé, ...
Voir la liste des sites conseillés
Bien comprendre le parcours de soins :
Memento ma santé Terciane sur le parcours de soins (PDF - 547 Ko)
Bien comprendre votre assurance complémentaire santé :
L'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie complémentaire) met à votre disposition 2 documents suivants :
Guide : Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé (PDF - 1936 Ko)
Grâce à des exemples concrets et chiffrés, il apporte une réponse claire aux questions que vous vous posez sur votre complémentaire santé.
Glossaire de l'assurance complémentaire santé (PDF - 943 Ko)
Retrouvez les définitions des termes spécifiques à l'assurance santé.

ma Santé terciane
TERCIANE, MODE D'EMPLOI
La carte Terciane
Comment l'utiliser
VOTRE COMPTE EN LIGNE
Suivi des remboursements
Vos décomptes par e-mail
Trouver un professionnel de santé Terciane
Prise en charge hospitalisation
Estimation de remboursement dentaire
Connaître les coûts de traitements dentaires
Connaître les médicaments sous conditionnement trimestriel
Choisir un service de chirurgie ou de médecine au sein d'un établissement hospitalier
Modifier vos coordonnées
Changer le mot de passe
Vous déconnecter
Vous désinscrire
SERVICE TRANSPARENCE OPTIQUE ET DENTAIRE
Devis optique
Devis dentaire
CONTACT
Votre centre de gestion
Accueil > Vos services en ligne
Vos services en ligne santé
Vos derniers remboursements
Référence actuelle de paiement de l'assuré principal : 10091864
Adresse :
29 BD GEORGES CLEMENCEAU
92400 COURBEVOIE
Paiement par : VIREMENT
RIB : 10207-00035-04135069796-80
FR76 1020 7000 3504 1350 6979 680 / CCBPFRPPMTG
Liste des règlements
Précédents | Suivants | Derniers
Important : les dates de virement indiquées n'incluent pas le délai de traitement de votre banque
Date
Opération
Montant en euros
Pdf
Règlements du mois d'août 2012
10/08/2012
VIREMENT
6.90
détail
Précédents | Suivants | Derniers
Haut de page
Aide | Mentions légales | masanteterciane.com, tous droits réservés 2011

5- La géolocalisation des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant Terciane

Les assurés peuvent trouver en quelques clics les professionnels de santé pratiquant le tiers payant situés à proximité de leur domicile ou de toute autre adresse.

+ de 97 000 professionnels de santé pratiquent le tiers payant Terciane.

- la totalité des pharmaciens et établissements hospitaliers conventionnés,
- plus de 75 % des laboratoires d'analyses médicales,
- près de 4 000 médecins radiologues,
- plus de 24 000 auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs - kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)
- plus de 5000 ambulanciers,
- ... etc.

Terciane
Santé, simplicité, fiabilité
Découvrez Terciane
La carte Terciane décryptée
Concentrateurs et télétransmission
Organismes partenaires
Actualités
Infos prof. de santé
Votre compte en ligne
Vos remboursements
Prises en charge
Demandes en ligne :
Hospitalisation
Optique
Dentaire
Demandes par fax :
Optique
Dentaire
Contact
Votre centre de gestion
Accueil > Espace Professionnels de Santé > Authentification
Version imprimable
Votre compte en ligne
Nouveau !
Le service est ouvert à TOUS les professionnels de santé, quel que soit votre mode de transmission des factures.
Il vous permet d'accéder à la liste et au détail de vos règlements, et, si vous utilisez la télétransmission, vous pouvez rechercher et consulter les factures payées ou rejetées.
Optimisez votre gestion du tiers payant !
Consultez le détail de vos remboursements
Ce service vous permet de consulter en temps réel le relevé des prestations payées pour une période donnée et un bénéficiaire.
Déjà inscrit à ce service ?
Authentifiez-vous !
Pas encore inscrit ?
Demandez vos codes d'accès au 0825 843 022 (n° indigo 0,15€/mn TTC) ou envoyez un mail à l'adresse suivante : infos@terciane pro.com.
Si vous êtes dans les DOM, merci de privilégier le mail.
Codes perdus ?
En cas de perte de vos codes d'accès, contactez le 0825 843 022 (n° indigo 0,15€/mn TTC).
Confidentialité
Les informations présentées sur ce site étant strictement personnelles et confidentielles, vous devrez, préalablement à la consultation, vous identifier en utilisant les codes d'accès fournis lors de votre inscription. Ces codes sont composés de chiffres et de lettres minuscules.
Précaution
Pour garantir la confidentialité des informations affichées, nous vous conseillons de cliquer sur « Vous déconnecter » à la fin de votre consultation, et de fermer votre navigateur.
Lire notre charte de confidentialité

6- La télétransmission des données avec les régimes de base ou spéciaux

Notre système d'informations traite + de 60 millions de lignes de remboursements de soins par an pour + de 1,9 Millions de personnes bénéficiaires d'une complémentaire santé (individuelle ou collective).

QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ?

J'ai déménagé. Comment puis-je vous communiquer ma nouvelle adresse ?

- Par téléphone au Service client. La demande doit être faite directement par le souscripteur du contrat.
- Par courrier à l'adresse mentionnée sur votre certificat d'adhésion.

Vous devez informer AG2R-MACIF Prévoyance. Si à cette occasion vous changez de centre de Sécurité sociale, adresser nous une nouvelle copie des attestations de droits à la Sécurité sociale de tous les bénéficiaires du contrat.

J'ai changé de banque. Comment communiquer mes nouvelles coordonnées bancaires ?

Pour le remboursement de vos prestations, vous pouvez définir un RIB par bénéficiaire. Par contre, pour le paiement des cotisations, il ne peut y avoir qu'un RIB par contrat.
Vous pouvez effectuer le changement par courrier, e-mail ou téléphone.

- Dans le cas du courrier ou de l'e-mail :
- Joindre une copie du nouveau RIB.
- Préciser si le changement de coordonnées bancaires concerne les cotisations et/ou les remboursements.

La demande doit être faite directement par le souscripteur du contrat.

Je souhaite inscrire ou retirer un bénéficiaire de mon contrat... Que dois-je faire ?

- Pour inscrire un bénéficiaire :
  2 possibilités :
- Contactez notre Service client
- Envoyez-nous un e-mail à l'adresse mentionnée sur votre carte d'adhésion. Merci de préciser dans votre message le nom, prénom, la date de naissance et le numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire.

- Pour résilier un bénéficiaire :

La résiliation n'est possible que par courrier en nous le renvoyant à l'adresse figurant sur votre certificat d'adhésion, en mentionnant le bénéficiaire concerné et la date à laquelle vous souhaitez le résilier. À titre de preuve nous vous conseillons de l'envoyer en lettre recommandée avec accusé de réception.

Je souhaite changer de formule de garanties... Que dois-je faire ?

Le contrat « santé-FO » est une offre sur mesure, réservée aux adhérents FO, qui garantit une couverture santé de qualité. Les prestations ne sont pas modifiables.

J'ai une nouvelle carte vitale... Que dois-je faire ?

Lorsque l'adhérent reçoit de son régime de base de Sécurité sociale une nouvelle attestation de carte Vitale, il doit en adresser une copie au centre de gestion AG2R-MACIF Prévoyance dans les plus brefs délais.

J'ai changé de régime de base de Sécurité sociale... Que dois-je faire ?

Tout changement dans le régime de base de Sécurité sociale concernant un bénéficiaire de la garantie n'impactera pas le niveau de ses garanties, celles-ci étant indiquées avec la prise en compte des remboursements de la Sécurité sociale.

Vous devez, tout de même, renvoyer votre attestation de Sécurité sociale afin de ne pas couper le lien avec le système de remboursement par télétransmission NOEMIE de la Sécurité sociale.

Je souhaite résilier mon ancienne complémentaire santé ?

Si vous détenez déjà une complémentaire santé ou une mutuelle auprès d'un autre organisme, vous devez d'abord résilier votre assurance actuelle afin de pouvoir adhérer à Santé-FO.

Avec l'entrée en vigueur de la loi Chatel, votre assureur doit vous informer de la date butoir que vous devez respecter pour dénoncer la reconduction de votre contrat. Cette information doit vous être adressée au moins 15 jours avant cette date butoir pour vous laissez le temps de résilier votre contrat à l'échéance (et ainsi respecter le préavis prévu par votre contrat).

Votre assureur doit donc vous adresser un document :

- 75 jours avant l'échéance annuelle du contrat si le préavis prévu par votre contrat est de 2 mois
- 45 jours avant l'échéance annuelle du contrat si le préavis prévu par votre contrat est de 1 mois

La plupart du temps l'information prévue par la loi Chatel est indiquée sur votre avis d'échéance. Aussi si votre avis d'échéance ne vous a pas été adressé dans ces délais, vous avez 20 jours à réception de l'avis d'échéance pour résilier votre contrat.

Voici un modèle de lettre que vous devez envoyer à votre assureur, en recommandé avec accusé de réception, pour résilier votre contrat en cours :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions légales en vigueur et aux conditions générales de mon contrat d'assurance n°....., je vous informe que je désire résilier ce dernier à l'expiration de la période annuelle en cours, soit le ..... Veuillez m'en donner acte et me faire parvenir mon certificat de radiation.

Date et signature :

Je souhaite renoncer à la souscription de mon contrat ?

L'adhérent a la faculté de renoncer à son contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

LES SERVICES EN 1 CLIC

1- Gagnez du temps et profitez au mieux de votre complémentaire santé grâce aux services internet AG2R-MACIF Prévoyance

- Recevez vos décomptes par e-mail et suivez vos remboursements en ligne, en temps réel, en vous abonnant aux décomptes santé en ligne.
- Téléchargez vos devis optique et dentaire afin de connaître précisément le montant de votre prise en charge.
- Faites directement vos demandes de prise en charge d'hospitalisation et obtenez immédiatement la réponse.
- Localisez les professionnels de santé proches de chez vous proposant le tiers payant : vous n'aurez aucune avance d'argent à faire !
- Retrouvez tous les liens utiles pour vous aider dans vos démarches administratives, vous guider dans la prévention santé ou choisir un établissement hospitalier...
- Vos remboursements sont effectués en 48 h. Cependant, vous recevrez vos décomptes papier en différé.

2- Les avantages exclusifs de vos services en ligne

- Obtenez dans un délai maximum de 2 jours, une réponse à votre demande de prise en charge pour une hospitalisation.
- En cas de prothèses dentaires ou d'achat de lunettes ou de lentilles, vous connaissez dans un délai de 3 jours ouvrés* maximum, le remboursement auquel vous avez droit, ainsi que votre reste à charge.

*Délai déterminé à compter de la date de réception du devis complet, envoyé par vous-même, votre opticien ou votre chirurgien-dentiste.

INDISPENSABLE !
Recevoir vos décomptes par e-mail et consulter vos remboursements en ligne participent au développement durable en économisant du papier et vous fait gagner du temps !

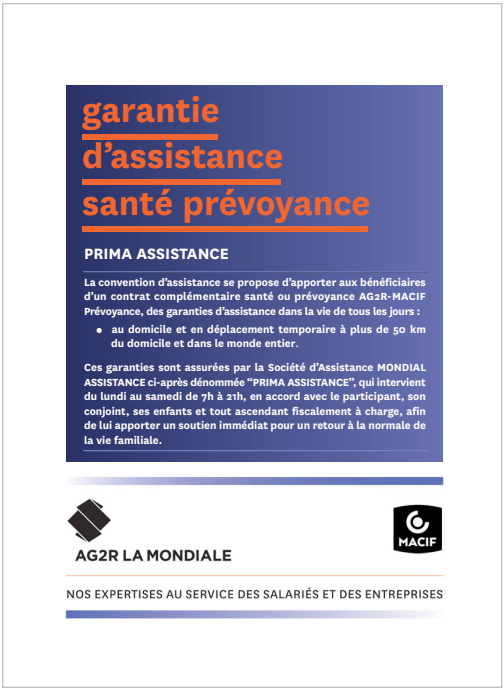
SERVICES +

1- Prima assistance : l'assistance à la carte

Prima assistance est l'assistance santé prévoyance* en partenariat avec MONDIAL ASSISTANCE

- Une assistance étendue en cas d'hospitalisation et d'immobilisation à domicile (aide ménagère, garde d'enfant ...), déplacements temporaires de + de 50 km,
- Des permanences téléphoniques avec « allo infos » et « allo info santé » pour vos renseignements de vie pratique et juridiques ainsi que des informations médicales,
- Le bénéfice de l'assurance « Prima santé voyage » pour les déplacements temporaires dans un pays d'Amérique (séjour de moins de 3 mois).

* Descriptif des garanties dans la notice assistance


garantie
d'assistance
santé prévoyance
PRIMA ASSISTANCE
La convention d'assistance se propose d'apporter aux bénéficiaires d'un contrat complémentaire santé ou prévoyance AG2R-MACIF Prévoyance, des garanties d'assistance dans la vie de tous les jours :
• au domicile et en déplacement temporaire à plus de 50 km du domicile et dans le monde entier.
Ces garanties sont assurées par la Société d'Assistance MONDIAL ASSISTANCE ci-après dénommée "PRIMA ASSISTANCE", qui intervient du lundi au samedi de 7h à 21h, en accord avec le participant, son conjoint, ses enfants et tout ascendant fiscalement à charge, afin de lui apporter un soutien immédiat pour un retour à la normale de la vie familiale.
AG2R LA MONDIALE
MACIF
NOS EXPERTISES AU SERVICE DES SALARIÉS ET DES ENTREPRISES

2- Primadom pour FO

Service d'informations, de conseils et d'accompagnement des adhérents de FO pour faciliter le quotidien

Pour vous informer et vous accompagner dans toutes vos démarches, nous mettons à votre disposition le service téléphonique Primadom pour FO.

Des conseillers sont à votre disposition pour vous aider, par exemple, lors d'un retour d'hospitalisation : recherche des services à domicile et mise en relation avec des prestataires compétents, liste des aides financières auxquelles vous avez droit, étude pour des travaux d'aménagement de votre domicile, soutien aux aidants, questions juridiques (voisinage, patrimoine,...), ...
Les conseillers peuvent également vous guider dans vos démarches administratives, vous aider dans des recherches et vous orienter vers des associations de proximité.

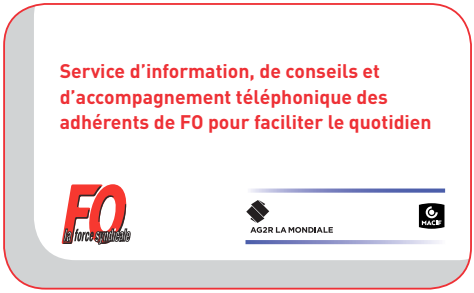
Primadom pour FO
Service d'informations, de conseils et d'accompagnement des adhérents de fo pour faciliter le quotidien
FO
la force syndicale
AG2R LA MONDIALE
MACIF

Primadom pour FO vous accompagne dans les domaines suivants :

- Service d'aide à la vie quotidienne (ménage, petits travaux...),
- Soins et garde à domicile,
- Service de téléassistance.

Mais peut aussi vous aider pour :

- Vos loisirs,
- Le bénévolat,
- Les services de proximité,
- Vos démarches administratives : logement, impôt,
- Vos questions juridiques : voisinage, immobilier, patrimoine,
- Services d'aide à la vie quotidienne : ménage,
- Aides financières possibles : aide ménagère,
- Vie associative : associations, club,
- Lieu d'hébergement pour les personnes handicapées ou dépendantes,
- Vie professionnelle : formation, prêts de


Service d'information, de conseils et d'accompagnement téléphonique des adhérents de FO pour faciliter le quotidien
FO
la force syndicale
AG2R LA MONDIALE
MACIF

projets professionnels, création d'entreprise, reprise d'entreprise, formalités de départ à l'étranger pour le travail,
- Santé et bien être : retour à la maison après une hospitalisation, accident du travail,
- Vie familiale : garde d'enfants, maternité, décès, aides aux aidants familiaux (vieillesse, dépendance, handicap), formalités de départ à l'étranger en vacances,
- Emploi : orientation vers aide pour trouver un emploi,
- Préparation à la retraite : Caisses de retraites, estimation de la pension, stages de préparation,
- Logement : trouver un logement, aides pour payer la caution…

Pour accéder au service Primadom pour FO
Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30 et le samedi de 8h30 à 13h.

3- L'application Iphone & Android « Ma santé »

Nous mettons à votre disposition une application pour Iphone, IPad et Androïd. Cet outil permet de géolocaliser les professionnels de santé (pharmaciens, opticiens, dentistes, laboratoires, infirmiers, etc.) qui pratiquent le tiers-payant Terciane.

L'application « Ma Santé » permet de rechercher les professionnels de santé selon trois modes :
- À proximité : l'abonné est localisé automatiquement.
- À partir d'un repère : l'abonné positionne une punaise sur la carte de France.
- À partir d'une adresse : l'abonné saisit textuellement une adresse.

LEXIQUE

A

Adhérent

Personne ayant souscrit un contrat à titre individuel ou affilié en tant que salarié au titre d'un contrat collectif souscrit par son employeur.
Synonyme : bénéficiaire

Affection de longue durée (ALD)

Maladie reconnue par l'assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire.
En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70 % de la base de remboursement pour les honoraires).
La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Dispositif destiné aux personnes à faibles revenus pour leur faciliter l'accès à une assurance maladie complémentaire grâce à une réduction du montant de la cotisation.
Cette aide est accordée pour un an (renouvelable) aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond ouvrant droit à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et ce plafond majoré d'un pourcentage défini par la loi (celui-ci est de 35 % au 01 juillet 2012).
Cette aide est variable selon l'âge et la composition du foyer.
Il est possible de se renseigner sur l'ACS auprès de son organisme d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire.
Synonyme : chèque-aide pour une complémentaire santé

Assurance maladie obligatoire (AMO)

Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité, aux accidents de la vie privée et professionnelle, aux maladies professionnelles et aux invalidités.
Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale.

Assurance maladie complémentaire (AMC)

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.
Synonymes : organisme d'assurance maladie complémentaire (OCAM), complémentaire santé, garanties.

Auxiliaires médicaux
Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.
Synonyme : professionnel paramédical.

Ayant droit
Ayant droit au sens de l'assurance maladie obligatoire :
Personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'assurance maladie obligatoire car elle est membre de la famille d'un assuré social (conjoint, concubin, enfants, ascendants à charge...) ou est hébergée à sa charge permanente et effective depuis plus d'un an.
Ayant droit au sens de l'assurance maladie complémentaire :
Personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un assuré en raison de ses liens avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.
Synonyme : bénéficiaire.

B
Base de remboursement (BR)
Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :
- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
- Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Bénéficiaire
Personne qui peut percevoir des prestations au titre du contrat soit à titre personnel (l'assuré principal), soit du fait de ses liens de parenté avec l'assuré principal direct (les ayants droit).

Biologie médicale
Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire.
Synonymes : examen de laboratoire, analyse médicale.

C
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
La CNAMTS est la caisse qui gère au plan national la branche Assurance Maladie du régime général de Sécurité sociale. Communément, les salariés des professions non agricoles travaillant en France sont affiliés au régime général et sont couverts sous certaines conditions pour les risques suivants : maladie (soins de santé et arrêts de travail), invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles (soins de santé et arrêts de travail).

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Une CPAM assure dans sa circonscription (il existe au moins une CPAM par département) entre autres l'immatriculation, le calcul et le paiement des prestations de soins de santé des assurés sociaux relevant du régime général.

Centre de Gestion
Centre dans lequel sont gérés l'affiliation des assurés, l'encaissement des cotisations et le versement des prestations.

Certificat de radiation
Document établi par la précédente complémentaire santé, suite à la résiliation du contrat de l'assuré, qui permet, lors de la souscription à une nouvelle complémentaire santé, d'éviter certains délais d'attente.

Chirurgie ambulatoire
Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.
Synonyme : chirurgie de jour

Chirurgie réfractive
Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.
L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.
Synonymes : opération de la vue, de la myopie, kératotomie radiaire

Complémentaire Santé
Couverture proposée par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, qui vient en complément des garanties de la Sécurité sociale. Il s'agit donc d'une prise en charge partielle ou totale des frais de santé non remboursés à l'assuré par la Sécurité sociale.

Conventions médicales
Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.
Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

1. Professionnels de santé
Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.
Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.
Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C.
Les professionnels de santé « non conven-

tionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

2. Établissements de santé
Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.
Voir également : secteur 1 / secteur 2.

Couverture Maladie Universelle

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une assurance maladie complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans dépense à leur charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.
Cette couverture complémentaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'assurance maladie obligatoire ou par un organisme d'assurance maladie complémentaire.
Les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peuvent obtenir l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS).

D

Date d'effet de la garantie

Date à laquelle l'assuré peut prétendre à la garantie qu'il a souscrite après application des éventuelles périodes d'attente, de carence ou de stage.

Demande de prise en charge

Demande formulée auprès de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires…), permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré, sur la base d'un devis.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.
Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.
La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.
Synonyme : dépassements. Voir également : secteur 1 / secteur 2

Devis

Document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.
Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70€ comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document.

E

Établissements spécialisés

Sont considérés comme établissements spécialisés les maisons de repos, de convalescence, de retraite, de gériatrie, de post-cure, les hôpitaux psychiatriques, les établissements de chirurgie esthétique, les cliniques diététiques, les colonies sanitaires, les aériums, les préventoriums, les centres de rééducation fonctionnelle, etc.

Exclusions de garanties

Situations, risques ou maladies pour lesquels les dépenses de soins ou les pertes de revenu ne sont pas couvertes par le contrat. Elles doivent être obligatoirement précisées dans les documents contractuels. Les garanties sont l'ensemble des prestations dont bénéficient les assurés.

F

Forfait journalier *

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé.
Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er janvier 2010, son montant est de 18 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 € par jour pour un séjour en psychiatrie.
Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.
Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse…).

*Le forfait journalier hospitalier ne s'applique pas aux régimes Alsace-Moselle et monégasque.
Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

Forfait 18 euros

Participation forfaitaire de 18 € à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (91 € en 2010, 120 € en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50.
Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 18 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD…).
Ce forfait est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.
Synonyme : participation forfaitaire de 18 €.

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas…
En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.
Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes

coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Frais d'accompagnement

Frais correspondant aux facilités (lit, repas…) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).
Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.
Synonymes : frais d'accompagnant, lit d'accompagnant, repas d'accompagnant.

Frais médicaux

Ensemble des frais de santé exposés par un patient et susceptibles d'être pris en charge par une assurance maladie (consultations et visites médicales, pharmacie, hospitalisation, etc.). Ce sont les dépenses réellement engagées par les assurés. Elles doivent figurer sur les feuilles de soins, les décomptes de la Sécurité sociale et les factures d'hospitalisation.
Certaines garanties prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.
Synonymes : frais réels.

H

Hospitalisation

Désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.
L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.
Voir également : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais d'accompagnement, forfait « 18 euros », chambre particulière.

Hors-nomenclature

Acte médico-chirurgical qui ne figure pas dans la nomenclature générale des actes professionnels remboursés par la Sécurité sociale.

M

Médicament générique

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en cinq catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
Les prix des médicaments sans vignette sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. En revanche, les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sont identifiés par une vignette collée sur leur boîte, dont la couleur varie selon le niveau de remboursement :

- vignette blanche barrée pour les médicaments remboursés à 100 % par l'assurance maladie obligatoire : ils sont irremplaçables et particulièrement coûteux,
- vignette blanche pour les médicaments remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est majeur ou important,
- vignette bleue pour les médicaments remboursés à 30 % par l'assurance maladie obligatoire : leur service médical rendu est modéré,
- vignette orange pour les médicaments remboursés à 15 % par l'assurance maladie obligatoire : ils ont un service médical rendu faible ou insuffisant.

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale.

D'autres peuvent être délivrés par le pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

N

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie…), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage…), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

P

Prestations (d'une assurance maladie complémentaire)

Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un « bridge ».

Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, métallo-céramique et céramo-céramique.

- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur au coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs. Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

R

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

S

Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.
Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

Soins de ville

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.
Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires…
Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en « soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.
Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

T

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

Taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'assurance maladie obligatoire.
La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.
Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 65 % de la base de remboursement pour l'appareillage,
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction du statut de l'assuré (par exemple 100% en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).
Voir également : médicaments, hospitalisation, appareillage, honoraires

Tarif Forfaitaire de responsabilité utilisé uniquement en pharmacie

C'est le tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque qui est fixé en fonction du prix du médicament générique correspondant.

Télétransmission

La Télétransmission nomme l'échange informatique entre les différents acteurs de la santé (NOEMIE = Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs.) La télétransmission dispense les assurés d'envoyer les feuilles de soins aux organismes de santé, tels l'assurance maladies ou les complémentaires santé.

Tiers-Payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.
Synonyme : dispense d'avance des frais

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).
Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail…), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)…
Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.
La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.
Voir également : reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garantie.

Exonération du ticket modérateur

Les assurés sociaux peuvent être exonérés du ticket modérateur dans certains cas :

- Les personnes atteintes d'une maladie reconnue de longue durée (uniquement les soins en rapport avec la maladie).
- Les personnes subissant une intervention chirurgicale d'une certaine gravité (de plus de 30 jours par exemple).
- Les nouveau-nés hospitalisés dans les 30 premiers jours.
- Les femmes enceintes pendant une période qui débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date de l'accouchement.
- Les titulaires d'une rente accident du travail, d'une pension militaire et/ou d'invalidité.

L'exonération est accordée pour une durée limitée ou illimitée selon la situation. La participation de la Sécurité sociale est égale à 100% du tarif de responsabilité et laisse à la charge de l'assuré les dépassements d'honoraires et de tarifs.

Transport

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient.
Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'assurance maladie obligatoire, des transports en commun…
Les frais de transport sont remboursés à 65 % du tarif de l'assurance maladie obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche.
Les transports en série programmés, ou sur une longue distance, ou encore par avion ou bateau doivent en général avoir été préalablement autorisés (« entente préalable ») par l'assurance maladie obligatoire pour pouvoir être pris en charge.
Synonyme : transport sanitaire

V

Visite médicale

Consultation médicale effectuée au domicile du patient qui est dans l'impossibilité de se déplacer.